FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THESE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes épithélio-lymphoïdes

DE LA RÉGION LATÉRALE DU COU

PAR

MARCEL STÉPHAN

Né à Plésidy (Côtes-du-Nord), le 15 Janvier 1889

Président : M. BROCA, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

36, RUE SERPENTE, 36

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR COUVELAIRE RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SCHWARTZ
BRUMPT	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECÈNE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÈMOIRE DE MES FRÈRES

JOSEPH, VICTOR, HENRI

Morts pour la France 1914-1916-1917

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR AMÉLIE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON TRÈS CHER V. VIALE

CAPITAINE D'INFANTERIE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En souvenir d'une fraternelle et inaltérable amitié

A MES PARENTS ET AMIS

AU DOCTEUR M. NATHAN

MÉDECIN-MAJOR
CHEF DE LABORATOIRE A L'HOPITAL MILITAIRE
DE VAUGIRARD

Remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BROCA

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

I. — Définition. - Historique

Les kystes épithélio-lymphoïdes sont parmi les nombreuses variétés de kystes qui trouvent, dans la région latérale du cou, leur siège de prédilection, l'une des plus rares, mais aussi des plus complexes à étudier.

Un siège profond, une adhérence intime aux gros vaisseaux du cou, une structure pariétale comprenant toujours un épithélium de revêtement doublé d'une lame épaisse de tissu lymphoïde, sont leurs caractéristiques et justifient le nom d' « épithélio-lymphoïdes » qui leur a été donné.

Kirmisson, dans l'étude magistrale qu'il fit en 1886, classe ces kystes parmi les maladies chirurgicales d'origine congénitale... Le terme de congénital qui ne préjuge point de l'époque de leur apparition qui peut être tardive, suppose qu'ils existent chez le nouveau-né au moins à l'état latent ou virtuel et se rattachent, par

leurs causes et leur origine, au développement embryonnaire.

La connaissance et l'étude des kystes épithélio-lymphoïdes sont tout à fait récentes. Complètement ignorés pendant toute l'antiquité et le moyen-âge, il faut arriver à la deuxième moité du XIX^e^ siècle pour en avoir une observation.

Cette observation appartient à Lucke (Archiv. für. Klin. Chirurg. 1861), qui fait l'étude hisologique d'une pièce enlevée par Langenbeck et dont la paroi était formée par un épithelium pavimenteux stratifié doublé d'une épaisse couche de tissu réticulé, infiltré de lymphocytes. Trompé par les apparences, il crut au développement par nécrose d'une cavité à l'intérieur d'un ganglion et l'appela *kyste athéromateux*, à cause de la présence à l'intérieur de la cavité d'une bouillie jaunâtre.

En 1872, Sheede publie une observation de kyste profond du cou, où il ne trouve que de l'épithélium pavimenteux stratifié, reposant sur une couche de tissu lymphoïde. Il explique la présence de tissu lymphoïde par l'englobement d'un kyste au sein d'un ganglion.

Neumann et Baumgarten relatent, en 1877, deux observations de kystes dermoïdes du cou où ils ont trouvé du tissu lymphoïde reposant sur un épithélium par endroits pavimenteux stratifié et en d'autres cylindrique cilié, semblable à celui de trachée normale. Mais l'explication de cette variété de kystes par l'origine intraganglionnaire ne les satisfait pas et il leur paraît plus

séduisant et plus rationnel d'invoquer la théorie branchiale dont, depuis 1831, Hensinger avait posé les premières notions précises en établissant les relations des kystes du cou avec les fentes branchiales de l'embryon.

Dessauer adopte également cette théorie dans une thèse parue à Berlin en 1879, et où il fait la description de cinq tumeurs kystiques des fentes branchiales dont quatre contiennent du tissu lymphoïde. C'est désormais la pathogénie classique en Allemagne, exposée par Sultan, Jordan, Kollmann, etc.

Le mouvement ne fut pas immédiatement suivi en France. En 1885, Albarran présente à la Société anatomique de Paris un kyste profond enlevé par Campenon et dont la paroi est formée d'un épithélium pavimenteux stratifié et d'une couche de tissu lymphoïde et, à l'exemple de Lucke et de Sheede, il conclut au développement d'un kyste à l'intérieur d'un ganglion.

En 1889, Pilliet présente deux cas de kystes lymphoïdes et rejetant l'opinion de Lucke et d'Albarran, si difficile à concevoir, il invoque le premier en France la théorie branchiale. Pour lui, c'est dans le pharynx que ces kystes trouvent leur origine et il fait remarquer à justes raisons, que vu l'abondance de tissu lymphoïde dans la région pharyngienne, la participation des ganglions pour expliquer la structure des parois kystiques dermo-lymphoïdes n'est pas nécessaire. Les kystes ganglionnaires ne sont autres que des kystes congénitaux pharyngoïdes.

La thèse de Mlle Sulicka (Paris 1893-94) inspirée par A. Broca, contient une observation intéressante, non

pas de kyste, il est vrai, mais de fistule congénitale latérale complète du cou, par lui opérée et dont l'examen histologique fut fait par Darier. La paroi de la fistule était constituée par un épithélium pavimenteux stratifié, comprenant 10 à 12 rangées de cellules, sans kératinisation véritable à sa surface. Le chorion sous-jacent était infiltré de cellules rondes lui donnant l'aspect de tissu adénoïde. Au-dessus se trouvait une véritable tunique musculaire à faisceaux de fibres lisses parallèles à l'axe de la fistule et quelques fibres striées, disséminées avec çà et là quelques glandes muqueuses ayant la structure de glandes salivaire muqueuses : « Il est à remarquer, ajoute Darier, que la paroi de cette fistule présente exactement la même structure que celle du kyste décrit par Albarran, sous le nom de kyste ganglionnaire du cou. Il est donc fort probable que le kyste d'Albarran n'était qu'un kyste d'origine branchiale ».

Sur cinq observations qu'en 1898 Sultan présente en Allemagne, il en est quatre où il décrit un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié, sans couche cornée ni éléïdine, reposant sur une couche épaisse de tissu lymphoïde. Dans un cas, il existe de véritables follicules clos avec centres germinatifs.

Il résulte de ces observations que la présence de tissu lymphoïde en nappe et même de follicules avec centres germinatifs, n'est pas une rareté dans les kystes congénitaux du cou et pourtant les ouvrages classiques n'en font pas mention, du moins en France. On se contente de diviser les kystes du cou en deux variétés : dermoï-

des ou mucoïdes, suivant la structure de leur épithélium et de leur contenu.

Exception doit être faite pour A. Broca qui, dans son article du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus (tome V, 2e édition 1898), signale l'existence de tissu lymphoïde dans les kystes congénitaux du cou.

En 1900, paraît à Paris la thèse de Veau sur « l'épithélioma branchial du cou ». Cette thèse, basée sur de solides travaux et de sérieux arguments, fait admettre l'importance des arcs branchiaux dans la pathogénie des tumeurs du cou.

En 1905, Terrier et Lecène font paraître dans la *Revue de Chirurgie* un mémoire où, rejetant l'existence du kyste ganglionnaire, ils reprennent les conclusions de Pilliet sur les kystes à paroi lymphoïdes. « Le mieux serait de les appeler « amygdaloïdes » ce qui aurait l'avantage de rappeler la structure de leur paroi et le lieu vraisemblable de leur origine. Il est, en effet, fort probable que ces kystes se développent aux dépens de la deuxième poche branchiale pharyngée ».

Coltelloni, dans sa thèse (Paris, 1905), adopte ces conclusions.

Giganti (Thèse Montpellier, 1900) ; Cestan (*Toulouse médical*, 1905) ; Ferry (Thèse Montpellier, 1907) ; Le Gland (Thèse Lille, 1908), relatent et étudient de nouveaux cas de kystes à parois dermo lymphoïdes.

En 1908, on trouve dans la *Revue de Chirurgie* un mémoire de Chevassu, signalant un kyste dermo-lymphoïde de la région présternale auquel il donne l'appellation de « pharyngoïde » de préférence à « amygdal-

loïde », appellation plus vaste et qui rend mieux compte des particularités de structure de quelques-unes de ces tumeurs : formations lymphoïdes ou lobules glandulaires à type salivaire inclus dans la paroi.

En 1909, A. Broca et Masson publient dans la *Presse Médicale* deux observations de kystes congénitaux du cou à paroi dermo-lymphoïdes. Pour eux l'existence d'un épithélium malpighien est le fait capital, primordial, qui doit faire rejeter l'origine ganglionnaire et admettre l'origine pharyngienne, car la présence de cet épithélium ne peut s'expliquer que par une inclusion embryonnaire aux dépens d'une muqueuse.

Justice est faite de l'hypotèse intra-ganglionnaire, et tous sont d'accord pour admettre l'origine branchiale. Mais en 1907, ont déjà paru les travaux du Professeur Vialaton, sur « le rôle topographique des arcs branchiaux dans la formation du cou » travaux publiés dans *Montpellier Médical* et dans les *Archives d'anatomie Microscopique*, en 1908.

Se basant sur ces travaux qui dénient l'importance des arcs branchiaux dans la formation du cou et remarquant la complexité de structure des différents types de ces tumeurs congénitales du cou, l'école de Montpellier, avec Forgues et Massabuau, s'étonnent de la simplicité de la théorie pathogénique qui leur a été attribuée à toutes. Ils accordent le rôle prépondérant aux restes des ébauches tyroïdiennes et émettent la théorie des « tumeurs mixtes » comme explication à la genèse des kystes épithélio lymphoïdes du cou.

Dans un mémoire publié en 1908, Estor et Massa-

BUAU concluent que la plupart des tumeurs du cou, y compris les « prétendus kystes branchiogènes », rentrent dans la catégorie des tumeurs mixtes.

Ces nouvelles théories sont présentées, développées et commentées dans la thèse soutenue à Montpellier en 1911 par AGACIANTZ sur « les kystes congénitaux de la région latérale du cou ».

CORONE fait paraître dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1912, une étude générale « sur les kystes congénitaux du cou » où il conclut à l'existence de deux seules espèces pathogéniques qui englobent tous les kystes : Tumeurs mixtes d'origine inconnue et tumeurs thyroïdiennes.

En 1912, THEVENIN, dans sa thèse soutenue, à Bordeaux sur « les kystes épithélio-lymphoïdes du cou », fait une étude très documentée de ces kystes sans prendre nettement partie pour une théorie pathogénique.

Depuis cette époque nous n'avons trouvé, en France, aucune publication importante sur les kystes épithéliolympoïdes du cou.

En Italie, MARANGONI publie, en 1910, dans la *Gazz. degli, osped. Milano*, p. 273, « Contribution à l'étude des kystes congénitaux du cou », avec une observation très intéressante.

En 1911, le professeur CIONOZZI fait paraître dans *Policlin Roma*, 1911, *Sez-Chirurg ;* une étude clinique et pathogénique très documentée où il adopte pleinement la théorie branchiale. Cette étude est précédée d'une observation que nous avons traduite, persuadé

qu'elle est inconnue en France, nous la publierons ainsi que la précédente.

En 1913, Piazza publie une étude sur les formations congénitales du cou dans *Policl. Roma. Sez. Chirurg.* p. 501-513. Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver ce volume et nous regrettons de n'avoir pu en prendre connaissance.

En Amérique ont paru plusieurs observations. Malheureusement l'examen histologique n'a été pratiqué pour aucune, aussi nous est-il impossible d'en tirer de conclusions pour l'étude que nous faisons. Toutefois nous les citerons à l'index bibliographique.

En mai 1919, M. Nathan présente à la Société anatomique une pièce enlevée dans le service du Pr Broca, à l'hôpital de Vaugirard, où il signale la présence de tissu musculaire. (Un kyste congénital du cou. M. Nathan et Stéphan, Société anatomique, mai 1919).

CHAPITRE II

EVOLUTION
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude de notre observation inédite et de deux autres observations qui n'ont pas encore été publiées en France, nous permet d'apporter une modeste contribution à l'étude de l'évolution et de l'anatomie pathologique des kystes épithélio-lymphoïdes du cou.

En général, le début est insidieux et ce n'est que par hasard, ou à l'occasion d'une autre maladie, que la tumeur se révèle au porteur ou à son médecin. Elle est alors petite comme un pois, ou une noisette, arrondie, indolente.

Il est rare de constater la présence du kyste chez le nouveau-né ; mais lorsque ce fait se produit, le kyste est en général accompagné d'une fistule s'ouvrant dans le pharynx (Observation de Douglas).

L'évolution se fait ordinairement à un âge plus avan-

cé, entre 16 et 30 ans, coïncidence assez bizarre si l'on songe que c'est à cet âge que beaucoup d'organes à sécrétion interne ou externe, jusqu'alors endormis, prennent leur complet développement.

Comme nous l'avons dit, au début de notre travail, ce retard dans l'apparition du kyste n'est pas une objection à son origine congénitale.

Son évolution est généralement lente, un an, deux ans, six ans, indolente et ce n'est, souvent, que lorsque son accroissement amène une difformité ou une gêne que le malade vient consulter. Au moment de l'intervention, le volume du kyste est le plus souvent celui d'un œuf de pigeon, d'une mandarine, ou d'une orange. Rares sont les tumeurs kystiques dermo-lymphoïdes du cou, qui atteignent le volume décrit par Albarrau, en 1885, où le kyste occupait toute la région latérale du cou.

L'accroissement se fait d'une façon continue ou par poussées ; il peut même présenter des phénomènes de rémission (observation de Ciqnozzi).

Parfois, à la suite d'un traitement malencontreux, massage ou ponction, on voit la tumeur subir un accroissement plus rapide avec douleur et phénomènes inflammatoires (Broca et Masson, *Presse médicale*, 1909) (observation de Marangoni). L'observation de Ciqnozzi nous offre même un exemple d'évolution spontanée se faisant au milieu de phénomènes généraux : amaigrissement, douleur, élévation thermique, sans que l'on puisse découvrir de cause infectante ou de lésion suppurative. Ciqnozzi est d'avis que, dans ce cas,

il faut admettre la présence d'une lésion infime, invisible, siégeant soit à une dent, soit sur une amygdale, soit sur le revêtement interne ou externe de la bouche, et déterminant, par l'intermédiaire du riche réseau lymphatique du cou la suppuration de la paroi du kyste et la souillure du contenu. Cette souillure détermina une hypersécrétion de liquide, mais n'augmenta pas la virulence des germes pathogènes puisque la suppuration resta localisée à la paroi.

La fistulisation des kystes est assez fréquente. Elle survient parfois spontanément, parfois à l'occasion d'une ponction, ou d'un coup de bistouri. La fistule spontanée s'ouvre souvent dans le pharynx ; tandis que la fistule provoquée, a en général son siège sur la paroi latérale du cou. L'évacuation du kyste peut être continue ou intermittente, auquel cas on assiste à des phénomènes d'augmentation et de disparition de la tumeur.

Ces kystes peuvent former des abcès dont le siège, la virulence, les facilités de propagation et de compression peuvent assombrir un pronostic jusqu'alors bénin.

Dans sa thèse, Veau signale la possibilité de transformation maligne ; cette complication doit être très rare, car nous ne l'avons trouvée dans aucune observation de kyste dermo-lymphoïde.

La complication la plus fréquente qui indique l'intervention, semble être, avec l'infection, la gêne occasionnée par la compression des organes du cou et qui n'apparaît que lorsque le kyste atteint un volume exagéré.

Le siège de prédilection de ces kystes semble être au voisinage du paquet vasculo nerveux du cou, en avant du sterno-cléido-mastoïdien, dans les régions sous-maxillaires, sus ou sous-hyoïdienne, soit encore contre le cartilage thyroïde. Ils sont en général profonds, toujours recouverts du paucier, souvent sous le sterno-cléido-mastoïdien. Seul le kyste présternal de Chevassu était superficiel, encore envoyait-il au-dessus du sternum un prolongement vers la profondeur du cou.

Les kystes offrent souvent avec les organes voisins des adhérences ; celles qu'ils présentent avec le paquet vasculo-nerveux peuvent être très intimes et rendre l'extirpation difficile et délicate. De la périphérie de leur gaine fibreuse partent souvent des prolongements également fibreux, voire même des diverticules canaliculés qui les relient soit à l'os hyoïde, soit à l'apophyse styloïde, à l'angle ou au condyle du maxillaire et parfois au pharynx.

La forme des kystes est variable comme leur volume : tantôt ronde, discoïde ou ovoïde ; en forme de poire ou de bouteille.

A l'ouverture de ces kystes, on se trouve en présence d'un liquide le plus souvent blanchâtre, gris sale ; parfois jaunâtre et d'aspect purulent, parfois fétide et de couleur chocolat ou café noir. Sa consistance est plus ou moins fluide, colloïde, pâteuse ou crémeuse, se laissans étirer en fils. On n'a jamais constaté de débris osseux ou cartilagineux, ni poils d'aucune sorte en suspension dans ce liquide. Mais la présence d'une matière

floconneuse blanchâtre, ou semblable à du son n'y est pas rare. La réaction du liquide est alcaline.

Au microscope, on peut y trouver des éléments minéraux, granulations calcaires, plaquettes de cholestérine et éléments organisés : corpuscules graisseux, cellules épithéliales, nucléées, parfois déformées et dépourvues de noyau ; rarement on décèle des traces de kératinisation. On trouve encore de la fibrine amorphe et des globules rouges. Enfin les cellules desquamées dans l'intérieur de la poche sont suivant le revêtement, soit du type pavimenteux soit du type cylindrique à cils vibratiles.

La paroi est, à la coupe, plus ou moins épaisse, mais très inégale, allant de deux millimètres à un centimètre et plus. La coupe est, en général, blanche rougeâtre, ou jaunâtre, surtout aux points les plus épais ; parfois des travées fibreuses, pénétrant de la partie externe, s'enfoncent vers la profondeur de la couche sous-épithéliale. Le plus souvent, la paroi externe est lisse sauf aux points où elle présente des adhérences avec les organes voisins. La paroi interne est d'épaisseur variable, parfois elle ressemble à une séreuse ; douce, polie, grisâtre, veloutée en certains points ; elle est tomenteuse et chagrinée en d'autres. Parfois forment relief à la surface interne, des élevures analogues à des plaques de Peyer, hypertrophiées, des saillies du volume d'un pois ou d'un haricot, séparées par des dépressions plus ou moins accentuées.

Quand le kyste a été précédemment traité par des ponctions, il n'est pas rare de constater sur la face in-

terne, siège de la perforation, des bourgeonnements mûriformes (cas de Lücke), ou au contraire de petites dépressions où l'épithélium fait défaut et en proie à des phénomènes inflammatoires. Le trajet de la ponction est marquée sur la coupe par un tissu cicatriciel jaunâtre.

Au point de vue histologique, après coloration et à un faible grossissement, on constate que la paroi du kyste présente à examiner plusieurs couches généralement assez nettes.

1° Une couche épithéliale interne.

2° Une couche lymphoïde intermédiaire.

3° Une couche fibro-conjonctive externe.

Ces trois couches existent toujours, quoique dans des proportions assez variables. Mais il est un autre tissu qui peut contribuer à la formation pariétale du kyste : c'est le tissu musculaire. Sa présence très rare semble avoir été signalée une première fois par Albarran et Campenon (1885). Une seconde fois par Darier sur une fistule (thèse de Mlle Sulicka 1893) et en 1908 par Chevassu. Dans l'observation inédite que nous apportons d'un kyste étudié histologiquement par M. Nalhan, la présence de tissu musculaire est très nette et très caractéristique. Nous nous réservons d'y revenir dans un instant.

Dans les kystes uniloculaires simples, l'épithélium peut être du type « *pavimenteux stratifié* » ou du « *type cylindrique cilié* ».

Le revêtement épithélial du type pavimenteux stratifié a une épaisseur très variable, mais comprend toujours : une couche basale de cellules plus ou moins cu-

biques bien colorées ; une couche moyenne de cellules polygonales, polyédriques munies parfois de ponts protoplasmiques bien visibles ; leurs noyaux prennent moins avidement les colorants que dans la couche précédente ; le protoplasma est plus ou moins bien conservé ; ces cellules peuvent être œdémateuses, vacuolisées, elles s'aplatissent graduellement à mesure que l'on s'éloigne de la couche génératrice ; dans la couche la plus superficielle, les cellules ne se colorent que faiblement ; elles sont nucléées en général, parfois le noyau est transparent et même invisible ; elles sont aplaties, laminées et desquament dans la cavité centrale du kyste.

C'est un épithélium malpighien, et il ne contient ni pigment, ni éléïdine.

Le nombre d'assises est très variable sur la même pièce et l'épithélium peut totalement disparaître en certains points où l'on constate alors la présence de leucocytes. Cette disparition est presque toujours l'indice anatomique d'une lésion inflammatoire dont l'histoire clinique donne parfois la preuve. Elle se traduit dans l'épithélium voisin par l'œdème des cellules, l'envahissement des assises par des leucocytes, et dans les tissus sous-jacents par des phénomènes variables tels que diapédèse, hyperémie, thrombose des vaisseaux, transformation scléreuse du tissu lymphoïde et infiltration leucocytaire.

Si l'on a affaire à un épithélium du type cylindrique à cils vibratiles, on trouve : une couche génératrice à noyaux arrondis, une zone moyenne de cellules inter-

médiaires polymorphes et une couche superficielle de cellules hautes, à noyaux ovalaires allongés, situés vers la base de la cellule, dont la surface libre est limitée par un plateau et une assise de cils vibratiles.

On peut trouver dans le même kyste l'union de ces deux variétés de revêtement épithélial, se succédant progressivement l'une à l'autre. Ce fait, observé déjà par le professeur Robin (Cusset, thèse de Paris, 1877), a été mis en lumière par Neuman et Baumgarten qui l'ont observé dans deux cas.

L'épithélium le plus fréquemment observé est le type pavimenteux stratifié. L'épithélium cylindrique à cils vibratiles est l'exception.

Au-dessous de la couche épithéliale, nous trouvons soit immédiatement à son contact, soit séparée d'elle par une mince bande claire, amorphe, ondulée ou rectiligne, une couche plus ou moins large de tissu adénoïde.

La couche du tissu lymphoïde peut être discontinue, permettant, en certains points, le contact direct de l'épithélium avec la couche périphérique fibro-conjonctive, avec ou sans interposition de blocs fibreux. Elle est le plus souvent continue, en nappe diffuse, formant sous l'épithélium un matelas lymphadénoïde de plusieurs millimètres, voire un centimètre d'épaisseur, sans interposition de chorion.

Ce matelas lymphadénoïde a les caractères d'un ganglion lymphatique étalé ou de l'amygdale. On y trouve des travées conjonctives plus ou moins épaisses, issues de la couche fibro-conjonctive périphérique, tra-

vées qui se ramifient et se terminent en fin réticulum, analogue au tissu du ganglion lymphatique.

Au niveau des bosselures et des élevures de la paroi, on trouve souvent un ou plusieurs follicules à centres sombres ou à centres clairs, de grandeurs variables, plus ou moins nets, qui peuvent entrer en contact avec la basale de l'épithélium.

Le tissu réticulé peut être infiltré de leucocytes. Parfois il est sclérosé sous l'influence d'une infection chronique.

La nappe lymphoïde est parcourue par de nombreux ramuscules vasculaires arrivant jusqu'à la membrane basale ; les vaisseaux peuvent présenter des phénomènes de congestion, de diapédèse, de thrombose, de rupture, indice de réaction inflammatoire et qui expliquent la présence de sang dans la cavité kystique. Dans plusieurs observations, on a rencontré des canaux analogues aux canaux excréteurs des glandes salivaires rudimentaires ou de vrais canaux provenant de glandes salivaires en activité. (Observation de Pilliet, 1889, de Chevassu (1908).

La couche fibro-conjonctive est en général la couche la plus superficielle. Elle est souvent formée d'un épais feutrage de fibres conjonctives orientées en différents sens. Elle peut entrer, comme nous l'avons déjà dit, en contact direct avec l'épithélium. Dense dans sa partie interne, au voisinage de la couche lymphoïde et dans les prolongements qu'elle envoie vers l'épithélium, elle devient de plus en plus lâche, à mesure que l'on s'approche de la périphérie et se résoud en une nappe cel-

lulo-adipeuse, sauf au niveau des adhérences sessiles ou pédiculées.

La couche conjonctive est richement vascularisée. Les vaisseaux isolés sont réunis par des lits de cellules embryonnaires.

Dans notre observation inédite, M. Nathan, qui en a fait l'histologie, fait remarquer l'état de dégénérescence particulier à certaines fibres conjonctives.

Marangoni signale la présence de quelques fibres élastiques qui vont d'un pôle du kyste à l'autre et se continue avec le tissu fibreux ; quelques-unes sont disposées en lamelles dans le sens longitudinal, à l'extérieur de la zone lymphoïde.

En 1885, Albarran et Campenon signalaient la présence de nombreuses fibres musculaires lisses dans la partie fibreuse externe de la paroi du kyste.

Dans la paroi de la fistule étudiée par Darier (thèse de Mlle Sulicka), on trouve au-dessous du chorion une véritable tunique musculaire à faisceaux de fibres lisses, parallèles à l'axe de la fistule, et quelques fibres striées disséminées avec, çà et là, quelques glandes muqueuses ayant la structure de glandes salivaires.

« A mesure que l'on s'éloigne de la cavité du kyste, le chorion s'entremêle de fibres musculaires lisses, au sein desquelles on observe une série de glandules salivaires caractéristiques, constituées les unes par des cellules séreuses, les autres par des cellules muqueuses avec croissants de Gianuzzi ». (Chevassu, *Revue de chirurgie*, 1908).

Dans notre observation, la présence de fibres muscu-

laires striées est encore plus caractéristique. La couche musculaire est très épaisse et continue, tout à fait indépendante du bouquet de Riolan, car les parois du kyste se sont facilement dissociées des muscles qui l'entouraient. La couche musculaire continue est formée de fibres les unes transversales, les autres longitudinales, rappelant la tunique musculaire du pharynx et du tube digestif. Fait important : bien des fibres sont altérées et certains faisceaux présentent nettement des lésions de dégénérescence cireuse.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Complètement inconnue jusqu'à la moitié du XIX^e^ siècle, la pathogénie des kystes congénitaux du cou n'a pas encore reçu la consécration définitive qui, mettant fin aux discussions, en fasse une entité pathologique nette, définie par une origine, une nature et un développement admis par tous.

Jusqu'en 1839, on ne sait rien de l'origine de ces tumeurs ; on méconnaît même leur caractère d'affection congénitale, caractère essentiel puisqu'il fait l'unité de ce groupe morbide.

Lucke, Sheede, Albarran, admettaient une origine intra-ganglionnaire des kystes épithélio-lymphoïdes du cou. Ils se seraient creusés au sein d'un ganglion lymphatique par nécrose, dégénérescence des éléments de celui-ci. Cette hypothèse est aujourd'hui abandonnée.

Théorie Branchiale. — C'est en 1839 qu'Hensinger, par ses travaux, précise pour la première fois les rela-

tions des kystes congénitaux du cou avec les fentes branchiales de l'embryon. Les embryologistes His, Rathke, Rabl, Balfour, découvrent la formation du cou aux dépens des arcs branchiaux. De l'ensemble de leurs travaux sort la théorie aujourd'hui classique de l'origine branchiale de presque tous ces kystes.

Une étude embryologique, si succinte et si incomplète soit-elle, est nécessaire pour bien comprendre les rapports pathogéniques et cliniques des kystes congénitaux du cou.

Les arcs branchiaux sont des produits de différenciation des parois de la cavité hypobranchiale. Cette paroi très mince, lisse, peut être considérée comme formée par l'adossement de l'ectoderme et de l'entoderme séparés par une couche insignifiante de mésoderme qui encore peut manquer.

A la fin de la quatrième semaine, cette paroi, lisse et régulière sur ses deux faces, voit son mésoderme s'épaissir en certains points, repoussant l'ectoderme en dehors et l'entoderme en dedans. Ces épaississements sont symétriques et parallèles, disposés d'avant en arrière et de haut en bas ; ce sont les arcs branchiaux. Deux arcs branchiaux superposés sont réunis entre eux par une membrane mince qui n'est autre que la paroi primitive ou le mésenchyme ne s'est point développé. Il en résulte qu'entre deux arcs branchiaux de part et d'autre de cette membrane appelée « obturatrice » existent deux dépressions ou sillons que l'on a nommés selon la position occupée par rapport à la membrane, sillons branchiaux internes ou pharyngés, et

sillons branchiaux externes. Les sillons branchiaux externes sont peu développés.

Suivant certains observateurs, la membrane obturatrice se résorbe précocement tout au moins pour les 2e et 3e sillons branchiaux et aux sillons branchiaux viennent se substituer des fissures qui établissent la communication entre l'entoderme et l'ectoderme. D'autres embryologistes croient que la fissure branchiale n'existe à aucun moment, et d'autres encore, que la fissure a une existence tellement fugitive qu'il est difficile sinon impossible de l'observer.

Si l'on pense à la rapidité des phénomènes de scissure et de multiplication des organes à cette période de la vie embryonnaire, on comprend pourquoi des observateurs arrivent à des conclusions disparates malgré des travaux également sérieux et des observations également attentives, sur des pièces apparemment semblables, mais qui peuvent présenter des variations minimes de temps dans une évolution où tout se précipite, ainsi que l'on peut s'en rendre compte par des observations sur le canal hypobronchial de certains vertébrés.

Mais qu'importe, puisque l'existence ou la non existence de la fissure branchiale ne nuit en rien à l'explication de la pathogénie des productions qui ont leur origine dans le deuxième arc branchial.

Les arcs branchiaux qui concourent à la formation du cou, sont au nombre de quatre. Les deux arcs supérieurs qui apparaissent les premiers se réunissent en avant, ventralement avec les arcs du côté opposé. La première paire forme le maxillaire, la deuxième donne

naissance à l'apophyse styloïde et à son ligament, à la petite corne de l'os hyoïde. La partie antérieure du troisième arc forme une production cartilagineuse qui sera la grande corne de l'os hyoïde. Mais la troisième et quatrième paires ne se réunissent pas en avant et laissent entre elles un espace que His *appelle* « mésobranchial » où la paroi est demeurée lisse et a conservé la structure de la provertèbre.

Au cours du développement des quatre arcs branchiaux, le deuxième arc se développe énormément dans le sens antéro-postérieur et arrive à former presque la totalité du cou. Il finit par recouvrir, par télescoper les troisièmes et quatrième arcs, déterminant une dépression nommée : sinus précervical de His, ou cervical de Rabl, dont la paroi postérieure formée par les 3° et 4° arcs externes et par la paroi mésobranchiale, finit par devenir invisible, car du bord antérieur du deuxième arc part un prolongement operculaire qui finit par rejoindre au-dessus du sinus, l'ébauche de la paroi thoracique de l'embryon auquel il s'unit. Il transforme le sinus en cavité close sans communication avec l'extérieur. Mais si le processus de fermeture qui doit se terminer vers la cinquième semaine, n'est pas complet dans toute son étendue, le sinus cervical demeure en relation avec l'extérieur par un trajet fistulaire plus ou moins considérable.

Si cette ouverture persiste à la naissance, nous avons l'explication de l'origine de ces fistules congénitales borgnes externes.

Le sinus précervical fermé, les 3° et 4° arcs externes

et les sillons correspondants disparaissent sans laisser de trace. Mais, du fait de la présence dans la masse mésenchymateuse qui forme le cou de l'embryon, d'éléments qui ne sont pas employés pour le développement normal de l'individu, il peut se faire que si ces éléments reprennent leur vertu de prolifération, il y ait production de tumeurs kystiques complexes congénitales.

Le premier arc et la première fente branchiale externes forment respectivement et le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache. Les 2e, 3e et 4e sillons externes perdent leur importance avec la formation du sinus précervical. La seconde fente branchiale pharyngée, tout en conservant une entrée dans la cavité amygdalienne à l'endroit appelé : « fossette de Rosel Muller », émet un prolongement qui gagne par un trajet arrondi et peu net la seconde fente branchiale externe qui forme la paroi postérieure du sinus précervical de His et n'a qu'une existence transitoire. Mostanecki et Meliecki n'admettent pas la réalité de la fissure branchiale. De leurs travaux il résulte que du deuxième sillon branchial part très tôt un canal arrondi et peu net qui se dirige vers le sillon ectodermique correspondant. Ce canal, dans le développement ultérieur du cou, se dirige toujours de l'intérieur vers l'extérieur et entre en relation intime de voisinage avec la paroi postérieure du sinus précervical de His ; on l'appelle branchie de Rabl, ou encore canal de la seconde poche pharyngée. Venant en contact de plus en plus intime avec le sinus précervical, il peut finir par s'ouvrir, établissant une communication avec le pharynx. Soit que la fissure

branchiale existe au moins à un moment donné, soit qu'on invoque la perforation de la membrane obturatrice par le canal de Rabl, un fait important dans la pathologie cervicale demeure assuré : l'origine pharyngienne de la portion interne de la fistule complète sous-hyoïdienne latérale.

Si, d'autre part, on recherche les rapports de temps et de lieux qui existent entre ces productions congénitales latérales d'une part et la fissure pharyngienne et les organes qui en dérivent, d'autre part, on s'aperçoit d'une concordance absolue, et la genèse pathogénique devient moins obscure.

Les études de His, Kolliker, Hertwig, Born, etc., nous fournissent des dates conformes aux faits cliniques. La fistule latérale complète s'ouvre toujours dans le champ de l'amygdale auprès du pilier postérieur ; or, nous avons vu que la fossette de Rosenmüller et la cavité amygdalienne représentent les vestiges de la seconde poche pharyngée.

Le trajet de la fistule latérale qui s'ouvre dans le pharynx passe dans sa partie supérieure derrière le facial et devant le glosso-pharyngien, entre la carotide interne et la carotide externe ; et ces nerfs se créent aux dépens du second arc branchial, en haut et en avant, aux dépens du 3e et 4e en bas et en arrière.

Par toutes ces considérations sur la formation du sinus précervical et sur la façon dont le canal de Rabl peut entrer en communication avec le pharynx, de même que par les précisions anatomo-topographiques sur l'ouverture interne de la fistule latérale congénitale et

de son évolution au milieu d'organes dérivés du 2e et 3e arcs branchiaux, il nous semble rationnel d'admettre que la fistule latérale complète sous-hyoïdienne provient, dans son trajet externe, d'un retard partiel de la fermeture du sinus précervical et dans son trajet interne d'une persistance de la seconde fissure branchiale pharyngée ou canal de Rabl.

Le siège variable de l'ouverture externe de la fistule latérale ne va pas contre cette hypothèse puisqu'elle se trouve toujours en dedans de certaines limites comprises entre les deux muscles S. C. M.

Cette démonstration étant admise pour les fistules congénitales latérales du cou, il nous semble permis de l'appliquer aux productions congénitales kystiques qui ont avec ces premières les liens pathogéniques et histologiques les plus étroits.

Au stade embryonnaire, le revêtement externe des arcs branchiaux est formé d'un épithélium pavimenteux, tandis que le revêtement interne est cylindrique. S'il survient une permanence d'une perforation anormale de la membrane obturatrice, ou une incomplète soudure des parois opposées de seconde fente branchiale destinée régulièrement à se combler, ou plus souvent un pincement de la paroi entraînant un enclavement d'un des revêtements, nous aurons des ébauches de kystes qui, s'ils viennent plus tard à proliférer, donneront de véritables tumeurs kystiques. Ces kystes seront du type dermoïde, revêtus intérieurement d'un épithélium pavimenteux avec les annexes de la peau, poils, glandes sébacées et sudoripares, s'ils se développent au

dépens de l'ectoderme. Ils affecteront le type muccoïde avec épithélium cylindrique et dérivés endodermiques, follicules clos, derme lymphatique et parfois glandes salivaires, s'ils prennent leur origine dans des ébauches pharyngées. Il existe un type de kyste dermoïde mixte où prédomine le revêtement cutané mais où manquent les éléments annexiels caractéristiques. Cette variété de kyste mixte est dû au fait que le pincement des parois a lieu dans cette partie de l'arc branchial intermédiaire entre l'entoderme et l'ectoderme, véritable zône neutre.

Certains pathologistes admettent que tous les kystes qui sont tapissés d'un épithélium pavimenteux stratifié, même sans annexes cutanés, voire même avec tissu lymphatique, follicules clos et contenu muqueux colloïde, doivent être considérés comme dérivant de la fossette externe et être placés parmi les kystes dermoïdes. Cette genèse ectodermique est impossible à admettre, car lorsque la paroi d'un kyste possède un revêtement malpighien et présente des éléments lymphoïdes et spécialement des follicules clos qui sont des dérivés mésenchymateux qui manquent toujours dans le derme cutané, mais qui existent abondamment dans le derme de la muqueuse des voies digestives, nous pouvons affirmer avoir affaire à une production endodermique.

Dans ces cas, nous devons admettre que ces kystes branchiaux à derme lymphogène tirent leur origine du revêtement branchial interne, même quand ils sont revêtus d'épithélium pavimenteux, car si chez l'embryon la paroi branchiale interne est cylindrique vibratile,

elle devient, à la longue, pavimenteuse. L'amygdale présente un revêtement pavimenteux, l'œsophage et la partie postérieure de la langue de même. Donc la transformation en épithélium pavimenteux est compatible avec une origine endodermique. D'ailleurs, invoquant les lois d'adaptation, nous pouvons interpréter cette modification de forme, en admettant une cause mécanique de compression qui ne serait autre que la tension du liquide dans le kyste.

D'autre part, comment expliquer la présence de glandes et de conduits excréteurs salivaires qui ont été signalés à diverses reprises, si l'on n'admet pas une origine pharyngée?

Terrier et Lecène ont pu préciser le point exact du système branchial où se fait l'inclusion qui explique la présence de tissu lymphoïde dans la paroi de ces kystes. C'est au niveau de la deuxième poche branchiale, point où nous avons vu que s'ouvre le canal de Rabl, et point où se forme l'amygdale au quatrième mois de la vie embryonnaire. Les détails du développement de l'amygdale ont été donnés par Kolliker, Retterer et Storii, à qui nous empruntons sa description :

« Les ébauches des amygdales se montrent chez les embryons humains très jeunes, sous la forme de petite dépression qui siège entre le deuxième et troisième arc branchial. Elle est tapissée par un prolongement de la muqueuse buccale et correspond au deuxième sillon branchial interne. A partir du quatrième mois, l'épithelium commence à pousser dans le tissu conjonctif des bourgeons pleins qui ne se creuseront que plus tard.

En même temps, des leucocytes émigrent des vaisseaux sanguins dans ce tissu conjonctif qu'ils infiltrent d'une façon diffuse tout autour des diverticules épithéliaux. Ce n'est qu'après la naissance, au cours de la première année, qu'il se forme des amas distincts et plus denses de leucocytes, véritables follicules clos ».

Terrier et Lecène admettent la possibilité de l'inclusion d'un de ces bourgeons embryonnaires à parois épaissies ; ce dépôt cellulaire inutilisé ne concourra pas à la formation de l'amygdale normale ; il demeurera dans le tissu conjonctif du cou, se développera plus tard et donnera une tumeur kystique à paroi lymphoïde.

C'est en raison de cette identité de genèse et de structure définitive avec l'amygdale que Terrier et Lecène ont proposé d'appeler ces tumeurs des « kystes branchiaux amygdaloïdes. »

Théorie de la tumeur mixte. — En 1908, le Professeur Vialleton publie un mémoire sur « les arcs viscéraux et leur rôle topographique chez les vertébrés. »

La conclusion de ce travail est que l'appareil branchial n'a qu'une part insignifiante dans la formation du cou. Nous n'avons pas d'arcs branchiaux ; nous n'avons que des ébauches, des rudiments d'arcs branchiaux ; arcs et fentes branchiales sont des formations essentiellement transitoires ; la durée de cet appareil rudimentaire est éphémère. Sur un embryon de 15 millimètres on n'en trouve déjà plus de traces. De plus, ces formations branchiales sont toujours haut situées dans la ré-

gion latérale du cou ; c'est seulement après leur disparition, en tant qu'arcs bien entendu, que le cou se constitue comme une véritable néoformation, tout au moins sa partie antérieure limitée par les scalènes en arrière, l'hyoïde en haut, la clavicule en bas.

On a tort de considérer le cou comme formé d'anneaux successifs, répondant chacun à une paire d'arcs branchiaux ; arcs et fentes branchiales ne viendront point se rejoindre sur la ligne médiane du cou ; ils restent séparés par une lame de tissu dans laquelle ne se prolongent pas les fentes branchiales externes. Cette masse de tissu qui n'a rien à faire avec l'appareil branchial et qui renferme l'ébauche thyroïdienne médiane en même temps que bien d'autres formations, constitue la paroi prépéricardique de Vialleton. C'est elle qui doit donner le plancher de la bouche et la région antérieure et ventrale du cou, avec ses formations squelettiques, corps de l'hoïde, cartilage thyroïde, etc.

Des détails que donne Vialléton sur le développement du cou, il résulte nettement que les enclavements de tissu entre deux arcs branchiaux qui s'accolent, sont impossibles dans les régions parotidiennes, carotidiennes et sous-maxillaires.

S'appuyant sur ces travaux, Forgue et Massabiau dénient l'importance du rôle de l'appareil branchial dans la formation des tumeurs du cou. Pour eux, les restes des ébauches thyroïdiennes près de l'entoderme pharyngien jouent le rôle prépondérant dans le développement de certaines tumeurs, même tout à fait différentes dans leur structure de ce même tissu tyroïdien.

Cette conception peut aussi expliquer la genèse de certaines tumeurs kystiques et de certains épithéliums branchiogènes. Mais quand il s'agit de véritables embryons, tumeurs mixtes et tératomes, on ne peut les comprendre au niveau du cou qu'en faisant remonter leur origine à un trouble précoce du développement embryonnaire que nous ne connaissons pas et dont même la théorie de la parthénogénèse, ni la théorie blastomérique ne paraissent rendre compte.

Il faut pourtant trouver une interprétation pathogénique pour expliquer la genèse de ces kystes.

Estor et Massabuau sont frappés par l'analogie frappante qui existe entre les kystes congénitaux du cou et les tumeurs mixtes des autres régions, kystes dermoïdes de l'ovaire et kystes dermoïdes du testicule, tumeurs mixtes simplifiées (Chevassu).

Si l'on admet la possibilité de l'existence des résidus de fentes branchiales dans le cou, cette théorie est très séduisante pour expliquer la genèse des kystes épithélio-lymphoïdes de la région carotidienne, leur structure, leur profondeur, leur adhérence aux gros vaisseaux. Mais il existe ici une autre objection : la présence, rare mais possible, de tumeurs de cette nature dans la région prsternale et sur la ligne médiane de la poitrine, voire même au devant de l'os maxillaire supérieur, dans la région nasogénienne (observation de Forgue et Massabuau, *Province médicale*, 20 février 1909).

Si la présence dans la région présternale s'explique d'une façon rationnelle par le refoulement en avant et en bas de malformations congénitales, refoulement pro-

voqué par le développement ultérieur des muscles S. C. M., il est plus difficile d'invoquer la théorie branchiale endodermique pour expliquer la genèse d'un kyste dermo-lymphoïde de la région naso-génienne.

Encore que l'étude d'un kyste de cette région sorte du cadre que nous nous sommes tracés, il nous semble peu satisfaisant de l'expliquer par la théorie de la tumeur mixte, simple mot qui explique la structure de la production pathologique mais non sa genèse et nous replonge dans les ténèbres dont la théorie branchiale nous avait sortis.

Il existe certes, une grande analogie de structure entre les kystes de la région latérale du cou et les kystes de l'ovaire, du testicule et de l'épididymie, mais cette analogie ne pourrait-elle se retrouver dans leur genèse? Le développement des premiers comme des seconds ne pourrait-il être rapporté, selon la loi de *Conhéim*, à la prolifération tardive de cellules détachées des feuillets blastodermiques, à la suite d'un trouble survenu dans l'évolution de l'embryon, cellules demeurées incluses et sans emploi?

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Dr Giuseppe Marangoni. — *Gazzetto degli ospedali a delle cliniche. Milano 1910*

G. A..., 24 ans. Mère morte il y a quelques années de tuberculose pulmonaire. Pas d'antécédents personnels.

Il y a environ un an le malade vit apparaître au côté gauche du cou une petite tuméfaction qui augmenta peu à peu de volume. En trois mois, elle acquit la dimension d'un œuf de pigeon. Un médecin pratiqua une première ponction exploratrice et évacuatrice qui, au dire du malade, fit sortir un liquide légèrement trouble, couleur café noir léger. La tuméfaction disparut à la suite d'une deuxième ponction, mais reprit en deux mois son premier volume. Une nouvelle ponction fit sortir un liquide semblable au premier. La récidive fut plus rapide et la tumeur prit les dimensions actuelle.

Le malade est d'une constitution robuste, bien musclé, assez gras. Au côté gauche du cou, vers les 2/3 de la région carotidienne, on voit une tuméfaction de la grosseur d'une orange. La peau est normale et mobile. La tension est élastique, mais on ne perçoit pas de fluctuation nette. La tumeur est indolente, adhérente aux plans profonds et

cachée derrière le Sterno-Cléido-Mastoïdien. Elle transmet les battements de la carotide.

On ne distingue rien d'anormal du côté droit du cou ni dans les organes thoraciques. On pose en principe le diagnostic de kyste congénital du cou.

Intervention. — Incision de 12 centimètres, parallèle au bord antérieur du S. C. M. de la peau et de l'aponévrose qui met une tumeur élastique. La capsule est luisante, blanchâtre, sans adhérence superficielle, sans réaction inflammatoire, ce qui confirme l'hypothèse de kyste congénital. L'énucléation est facile; mais brusquement l'isolement des faces latérales présente des difficultés à cause de nombreuses brides conjonctives; on doit avoir recours aux pinces. Les difficultés augmentent avec la face profonde qui présente des adhérences avec le paquet vasculo nerveux.

Du pôle supérieur de la tumeur part un pédicule qui va se rattacher au condyle du maxillaire. On l'incise. A ce moment, la pression de la pince provoque une déchirure de la paroi du kyste qui donne issue à un liquide jaunâtre, légèrement opaque qui tient en suspension de petits flocons blancs. L'opération terminée, on examine les brides qui sont formées de tissu presque exclusivement conjonctives avec quelques vaisseaux très petits. Toute la gaîne est également en tissu conjonctif parcouru par quelques vaisseaux isolés.

Suture, drainage ; guérison en 20 jours.

Examen du kyste. — Le kyste, qui a le volume d'une orange, présente une coque fibro-conjonctive, blanchâtre, résistante. Partagée en deux, la face interne se présente chagrinée, avec de petites saillies veloutées, parfois opaques. Il persiste des traces d'hémorragie dont les caractères révèlent la date ancienne. La paroi présente une épaisseur qui varie entre 3 et 4 millimètres. En un point elle atteint 1 cen-

timètre; cet épaississement est dû à la présence d'une zone de tissu conjonctif interposé, jaunâtre, à limites nettes.

Une section conduite à travers une petite cavité montre qu'il s'agit là d'un trou borgne.

Examen histologique. — Le kyste est tapissé d'une mince couche d'épithélium pavimenteux stratifié, avec 5 à 6 rangées de cellules reposant sur une basale condensée. On ne trouve nulle part trace de pigment et de granulations d'éléïdine, mais on voit de gros noyaux transparents. La couche interne ne présente aucune trace de kérakinisation. Le revêtement épithélial est discontinu. Où il manque, on voit des traces de lésions inflammatoires dues sans doute aux phénomènes d'irritation produite par les ponctions. Dans le tissu réticulé, on voit une abondante infiltration leucocytaire. On y trouve de véritables follicules clos, de grandeur variable, très nettement limités, avec centres germinatifs très denses.

Des lamelles de tissu conjonctif, de nombreux capillaires, des cellules endothéliales sont accumulés et interposés entre les follicules. Certains follicules isolés rejoignent et entrent en contact avec la basale de l'épithélium.

Aux endroits où les ponctions ont été pratiquées, on voit des dépressions et des trajets de tissu cicatriciel.

Le tissu élastique manque presque totalement dans la paroi : seules quelques fibrilles vont d'un pôle à l'autre et se continuent avec le tissu fibreux. A l'extérieur de la zone lymphoïde on en voit un plus grand nombre disposés en lamelles dans le sens longitudinal. Les vaisseaux manquent complètement au contact de l'épithélium.

En résumé. — Différence d'épaisseur de la paroi, et du tissu lymphoïde qui par endroits rejoint l'épithélium; dis-

parition de l'épithélium par suite de réaction inflammatoire ; néoformation de tissu conjonctif plus ou moins altéré.

Diagnostic. — Kyste congénital amygdaloïde.

OBSERVATION II

CIONOZZI. — *Il policlinico Roma, Sez. Chirur. 1911*

E. S. — Femme, 22 ans, déclare s'être toujours bien portée. Il y a un an seulement, elle s'aperçut de la présence d'une petite tuméfaction sur la région latérale gauche du cou, tuméfaction qui en peu de semaines atteignit le volume d'une noix, mais qui, par des soins appropriés, disparut complètement.

Deux mois après, la tuméfaction reparut à la même place, avec les mêmes caractère. D'un volume un peu augmenté, elle détermina pendant un mois un peu de douleur et un peu de fièvre. La malade ne présente aucune lésion suppurative de la face, de la bouche et du pharynx. L'état général est médiocre; les muscles sont mous et le teint pâle. Il n'y a pas de maigreur et le squelette est bien conformé. Le système glandulaire et lymphatique sont normaux, exception faite de la région latérale gauche du cou.

Température : matin, 36°3; soir, 38°2. Les appareils circulatoire et respiratoire fonctionnent normalement. La tête ne présente aucune anomalie. La dentition est complète et saine. La luette, les amygdales et le pharynx sont normaux.

Au cou dans la partie haute de la région carotidienne gauche on constate une petite tuméfaction de la taille d'un œuf de pigeon. A son niveau, la peau est normale, sans

adhérence. A la palpation on sent une tumeur arrondie, lisse, de consistance nettement fluctuante, placée sous le S. C. M. sans mobilité aucune.

L'évolution de cette affection qui date d'une année, avec des symptômes manifestes de rémission, la tuméfaction survenue il y a quelques mois avec fièvre et douleur, son siège, la fluctuation, nous firent admettre le diagnostic de : « Lympho adénite d'origine spécifique en voie de ramollissement », et décider l'intervention.

Après incision le long du bord antérieur du S. C. M. et refoulement en arrière des fibres musculaires, on arrive sur une tumeur adhérente à l'aponévrose. Le décollement du pôle supérieur permet d'énucléer facilement la tumeur par pression sur le paquet vasculo nerveux. La capsule ne se déchire pas. Au pôle inférieur fait suite un pédicule auquel est accolé une petite production d'aspect glandulaire du volume et de la forme d'un haricot. Le pédicule est adhérent à l'os hyoïde et doit être réséqué au ciseau.

Suture; guérison en neuf jours.

Le kyste incisé, il en sort un liquide un peu épais, clair, blanc jaunâtre, à odeur nauséeuse, contenant une substance semblable à du son. On n'y trouve aucune trace de poil. La paroi du kyste, épaisse de 3 millimètres, présente une face interne douce, polie, luisante, de couleur grise et résistante.

Examen histologique. — La petite production accolée au pédicule du kyste est une simple glande lymphatique hypertrophiée présentant des phénomènes de prolifération parenchymateuse et lésions diffuses de congestion avec dilatation des vaisseaux; tous symptômes de processus inflammatoire en relation directe avec les altérations que l'on constate sur les parois du kyste.

En effet, les parois du kyste présentent une abondante infiltration leucocytaire des follicules externes. Le tissu ré-

ticulé est bourré de lymphocytes. Les veines, artères et capillaires sont gonflés de sang. En quelques endroits existent des phénomènes de diapédèse et en d'autres des ruptures vasculaires avec épanchement sanguin.

En de nombreux endroits il est facile de voir des aires de tissu lymphoïde avec formation type de follicules clos. Sur la tunique externe existe par endroits des « fibres musculaires dissociées et parfois atrophiées et dégénérées. » On passe insensiblement à la tunique interne qui est formée de quelques rangées de cellules épithéliales reposant sur une basale peu visible. Elle est en proie à des phénomènes inflammatoires et envahie par de nombreuses petites cellules qui comblent le système lymphatique et le tissu folliculaire.

L'épithélium n'est pas uniformément distribué. A un petit grossissement on voit par endroits de larges étendues d'épithélium; en d'autres les plaques sont plus petites, et en d'autres l'épithélium manque totalement.

En général on a affaire à un épithélium stratifié dont les cellules basales ont une forme cubique; mais au fur et à mesure que l'on avance vers le centre de la cavité, elles prennent la forme écrasée et en certains points deviennent pavimenteuses.

En quelques endroits on arrive à voir des cellules différenciées dont l'ensemble recourbé fait penser à des glandes muqueuses.

Aux endroits où manque l'épithélium sont accumulées quantités de lymphocytes.

Diagnostic. — Kyste mucoïde branchial suppuré de la paroi latérale du cou.

OBSERVATION III

(Douglas. — *Kyste congénital branchial avec fistule s'ouvrant dans le pharynx.* — (*Annales Surgery, Philadelphie, 1918*).

I. — Douglas présente une petite fille qui, à sa naissance, avait une petite tumeur de la taille d'une amende sur le côté droit du cou, juste au-dessus de la clavicule et sur le bord antérieur du St. Cl. Mast. Elle fut opérée à dix mois, mais la tumeur reparut 2 ans après. Après la première intervention, le kyste se vidait à de fréquents intervalles.

En ce moment la fistule est fermée et le kyste présente de 2 à 3 centimètres de diamètre. Enucléé, il a la forme d'une poire dont la petite extrémité est relié à un prolongement creux qui se dirige en haut. Ce prolongement est fendu et disséqué et on aperçoit qu'il s'ouvre dans le pharynx, juste au-dessous de l'amygdale. Le prolongement creux est coupé à 4 centimètres du pharynx, et le bout interne muqueux est enlevé par la bouche.

Point d'examen histologique.

II. — Douglas ajoute qu'il a connu un homme de 40 ans qui, tenant la bouche fermée et le nez pincé, pouvait, en souffant, distendre avec de l'air le côté droit du cou. Si l'on pressait sur la tuméfaction ainsi produite, l'air était chassé dans le pharynx avec un bruit de glou glou. Evidemment, ce kyste était dû à une ouverture de l'extrémité d'un kyste branchial dans le pharynx.

OBSERVATION IV (*inédite*)

(*L'étude histologique du kyste opéré dans le service du P^r Broca, a été faite par le D^r Nathan*).

Sujet de 31 ans.

Le kyste avait passé inaperçu jusqu'en 1912. Le médecin du régiment le découvre à l'occasion d'une angine. Il avait alors le volume d'une noisette. En février 1916, la tumeur a commencé à grossir. Au mois de février 1919, elle forme entre le Sterno-Cleïdo-Mastoïdien et l'angle du maxillaire une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, légèrement fluctuante à son pôle supérieur. Elle est mobile sur les plans profonds, adhérente à la peau à son pôle inférieur.

Ablation de la poche qui adhère au rebord du maxillaire et remonte par son pédicule jusqu'à l'apophyse styloïde.

Le liquide du kyste incisé au cours d'une intervention antérieure n'a pu être recueilli.

La tumeur, du volume d'un œuf de poule, a une paroi inégale mesurant en certains points un centimètre. La surface interne est inégale et vallonée.

Examen histologique. — La paroi présente à considérer trois couches, quatre couches aux points les plus épais pourvus d'une zone lymphoïde.

L'épithélium stratifié à type Malpighien, sans éléïdine, repose sur une basale plissée. Il est formé de cinq à six couches de cellules, polygonales dans les rangées inférieures, de plus en plus aplaties, à mesure que l'on s'approche de la superficie, lamelleuse avec pont dans les couches superficielles.

Dans les parties les plus épaisses de la tumeur, la muqueuse repose sur une couche lymphoïde épaisse contenant

en abondance des lymphocytes et des cellules embryonnaires. Par place les cellules se groupent en follicules. Cette masse lymphoïde est parcourue par des fibrilles conjonctives courtes, épaisses, variqueuses, colorées en bleu foncé intense par le bleu de Poirier.

La couche conjonctive est formée d'un épais feutrage de fibres conjonctives orientées en différents sens. En certains points, l'épithélium repose directement sur elle, sans l'intermédiaire de la couche lymphoïde. Les faisceaux isolés sont associés par des lits de cellules embryonnaires. Cette couche conjonctive est richement vascularisée. On note par places des artérioles et des veinules thrombosées.

Quelques fibres musculaires striées se mêlent aux fibres conjonctives. Mais ce qui est assez remarquable, c'est un état de dégénérescence spéciale de certaines fibres conjonctives, bien visible sur des coupes colorées à la méthode de Masson; tandis que les fibres conjonctives se colorent électivement au bleu Poirier, certaines d'entre elles fixent plus spécialement l'ématoxylive de fer et prennent une teinte noire d'ivoire.

La couche musculaire est très épaisse et appartient bien à la tumeur et non point au bouquet de Riolan, car les parois du kyste se dissociaient très facilement des muscles qui l'entouraient et d'autre part la couche musculaire est continue, formée de fibres, les unes transversales, les autres longitudinales. Mais, fait très important : bien des fibres sont altérées et certains faisceaux présentent nettement des lésions de dégénérescence cireuse bien visible au bleu polychrome et surtout à la coloration de Masson. Par cette méthode, les fibres ainsi dégénérées se colorent vivement en noir d'ivoire.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

a) Symptomatologie

La symptomatologie des kystes épithélio-lymphoïdes du cou est assez simple.

Ils apparaissent d'ordinaire dans l'adolescence. La plupart du temps, on ne les reconnaît pas à la naissance, si tant est qu'ils existent à cet âge-là, malgré leur caractère de congénitalité. Parfois ils n'apparaissent que pendant l'âge mûr, ou adulte.

Lorsqu'ils sont constitués, on trouve le plus souvent, grosse comme une noisette évoluant lentement, pouvant faire une saillie disgracieuse, ou, au contraire, déterminer une petite voussure sur le bord antérieur du Sterno-Cleïdo-Mastoïdien.

Leur consistance est, en général, élastique ou fluctuante. Elle peut présenter des irrégularités, devenir en certains points fibreuse et dure. La fluctuation peut être

modifiée par la tension du faisceau musculaire interposé, car ils sont, en général, profonds et bridés par le Sterno-Cleïdo-Mastoïdien qui les immobilise par sa contraction. Ils sont adhérents, dans bien des cas, aux plans profonds, surtout aux carotides et à la jugulaire interne. Aussi leur mobilité est-elle plus grande dans le sens latéral que dans le sens vertical. Ils sont toujours irréductibles. Leur forme est, le plus souvent, ronde, ovalaire.

Leur évolution est lente, pouvant durer des années, sans amener aucun trouble ni douleur locale. Lorsqu'ils atteignent un grand volume, ils peuvent déterminer, par compression des organes voisins, des douleurs, de l'étouffement, de l'œdème et des troubles de la voix.

L'état général est le plus souvent indemne ; on ne trouve pas d'adénopathie concomittante dans la majorité des cas.

Ils peuvent s'ouvrir spontanément et se fistuliser.

Le diagnostic devient à peu près impossible cliniquement, lorsque leur apparition est accompagnée de fièvre, de douleur et de réaction inflammatoire.

b) **Diagnostic différentiel**

Ce diagnostic doit franchir deux étapes : reconnaître d'abord qu'il s'agit d'un kyste et, en second lieu, le différencier des nombreuses variétés de kystes qui s'observent dans la même région.

Ce diagnostic se fera, en général, par exclusion. Les tumeurs malignes : sarcôme, branchiome, ont une

marche plus brusque, plus rapide ; ils sont accompagnés de douleur, d'atteinte rapide de l'état général, de cachexie ; la peau s'ulcère, et les ganglions voisins sont vite envahis.

Le lymphadénome est caractérisé par des hypertrophies ganglionnaires rapides, de même la macro-polyadénite décrite par Sbarazès.

Le lipome a une consistance plus pâteuse, plus élastique que fluctuante, et donne la sensation de lobulation et de crépitation neigeuse.

Un anévrysme de la carotide ou du tronc brachio-céphalique se caractérise par les battements, le mouvement d'expansion et les signes d'auscultation.

Un angiome profond est réductible et il augmente à l'effort.

Les goîtres aberrants de la thyroïde s'accompagnent en général d'hypertrophie de la glande, quand ce symptôme manque, le diagnostic clinique est très difficile et il faut avoir recours à la ponction.

Le ganglion tuberculeux a une consistance plus charnue que fluctuante. Il s'accompagne d'aggravation de l'état général. Il y a de là polyadénite et de la péri-adénite. La peau est le plus souvent adhérente, changée dans sa couleur, sa consistance et sa mobilité. Mais lorsque le kyste évolue au milieu de phénomènes généraux, ou chez un tuberculeux, la confusion sera difficile à éviter. Le seul moyen de diagnostic sera de faire l'examen microscopique du liquide retiré par ponction. La présence de cellules pavimenteuses aura pour ainsi dire la valeur d'une biopsie.

La ponction permettra de distinguer les kystes épithélio-lymphoïdes du kyste dermoïde par la présence de poils, du kyste hydatique par la présence d'hydatides.

c) Pronostic

Le pronostic est bénin ; et on ne cite pas de cas de transformation maligne.

Il ne pourrait devenir sérieux que par le volume exagéré déterminant de la compression des organes voisins ou par l'infection secondaire du kyste.

d) Traitement

La seule thérapeutique rationnelle est l'extirpation.

La ponction, suivie d'injection modificatrice est à rejeter. Elle est toujours suivie de récidive et expose à l'infection et à la fistulisation. Ces deux complications ne sont pas très rares à la suite d'une erreur de diagnostic, parfois difficile sinon impossible à éviter.

CONCLUSIONS

Il existe au niveau de la région latérale du cou des kystes congénitaux profonds, présentant deux caractères constants : 1° Un revêtement interne épithélial le plus souvent pavimenteux stratifié ; 2° du tissu lymphoïde réticulé avec ou sans follicules clos.

Leur structure offre avec la structure du pharynx et de l'amygdale la plus grande analogie ; car, en plus de la présence d'un épithélium à type malpighien et de tissu lymphoïde, leur paroi peut présenter, caractère très inconstant, des glandes muqueuses et salivaires et du tissu musculaire disposé en deux sens.

Ces kystes peuvent s'accompagner de fistules congénitales dont l'ouverture interne a un lieu d'élection dans le pharynx voisin de l'amygdale.

Le terme « d'épithélio-lymphoïde » paraît très heureusement choisi, car sans préjuger d'une origine encore discutée, il exprime le caractère constant qui les différencie de tous les autres kystes de cette région.

Ces kystes se comportent comme des tumeurs bénignes, à évolution lente, sans symptômes bien caractéristiques, et ne déterminent des troubles fonctionnels

que lorsqu'ils ont atteint un volume considérable ou lorsqu'ils ont été infectés secondairement.

Il est très difficile parfois de les différencier des autres kystes du cou et des adénites bacillaires suppurées.

Leur pronostic est bénin.

Le seul traitement convenable et rationnel est l'extirpation totale.

Vu : Le président de la thèse,

A. BROCA.

BIBLIOGRAPHIE

AGACIANTZ (Z.). — *Les kystes congénitaux de la région latérale du cou*, Thèse Montpellier, 1910-11.

ALBARRAU et CAMPENON. — *Bull. Soc. Anat.*, 1885, p. 298.

BERGER. — *Epitheliomas branchiogenes*, Commun. au Congrès de chirurgie, 1897.

BROCA. — *In traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 1898.

BROCA et MASSON. — *Kystes congénitaux du cou à paroi dermo lymphoïde, Presse médicale*, 11 sept. 1909.

CESTAN. — *Kyste dermo lymphoïde du cou, Toulouse Médical*, 1905.

CHEVASSU. — *Kystes branchiaux à structure pharyngo salivaire, Revue de Chirurg.*, 1908.

CIONOZZI. — *Su Taluni cysti congeniti del collo*, Policline Roma, 1911, Sez. Chirurg.

COLTELLONI. — *Sur la présence de tissu lymphoïde dans la paroi de certains kystes branchiaux du cou*, Thèse, Paris 1905.

CORONE. — *Les kystes congénitaux de la région latérale du cou, Gaz. des Hôp.*, 20 janvier 1912.

DESSAUER. — *Inaug. Dissert.*, Berlin, 1879.

Douglas. — *Branchio-genic cyst welh sinus leadeng ento pharynx, Ann. Surg., Plula*, 1918.

Estor et Massabuau. — *Les prétendus kystes branchiogenes multiloculaires du cou. Rev. de Chirurg.*, 10 sept., 1908.

Ferry. — *Les kystes dermo lymphoïdes du cou*, Thèse, Montpelliér, 1906-07.

Forgue et Massabuau. — *Comment se pose actuellement la question des kystes congénitaux du cou, Province Médicale* 15 fév. 1908. *A propos d'un kyste prémaxillaire de la région naso-genienne, Province Médic.*, 20 fév. 1909.

Hensinger. — *Arch. physiolog.*, p. 184, t. XXXIII.

Jeanbreau. — *In Giganti*, Thèse, Montpellier, 1889-1900.

Johnson. — *A Branchiogenic cyst.*, U. states, Nav., *Bul. Wast.*, 1916.

Jordan. — *Handbuch der Praktische Chirurgie*, von Bergmann, Bruns Mikuliez, Bd H, p. 118.

Kirmisson. — *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898.

Lautsmann. — *De quelques cas de kystes congénitaux du cou*, Thèse, Nancy, 1908-09.

Le Gland. — Thèse de Lille, 1907-08.

Lucke. — *Archiv. f. Chirurg.*, 1861.

Marangoni. — *Contributo della conazenza delle cisté congenité del collo, Gazz. degli osp.*, Milano, 1910.

Murphy. — *Congenital cyst of neck extending cuto axella, Surg. Clin.*, Chicago, 1916.

Mygind. — *Brankiog Halbs cyst*, Ugeskr, Lieger, Kobend, 1916.

Neuman et Baumgarten. — *Archiv. für Klin Chirurg.*, 1877, p. 819, t. XX.

Piazza. — *Contributo allà conoscenza della formazioni congeniti dell coll*, Polich., Roma, 1913, Sez. Chir., 1879.

Piliet. — *Deux cas de kystes dermo lymph. du cou*, *Bul. Soc. Anat.*, 1879.

Santoro. — *Sulla cruportanca della tezza fissuna branchiale nella formazcone delle cyste laterali congeniti del collo*, Morgaqui, Milano, 1915.

Schedde. — *Arch. f. Klin. chirurg.*, 1872, t. XIV, p. I.

Terrier et Lecène. — *Les kystes branchiaux du cou à struct. amygdaloïdes*, *Rev. de Chirurg.*, 1905, t. 32.

Thevenin. — *Contribution à l'étude des kystes épith. lymphoïdes du cou*, Thèse, Bordeaux, 1912.

Tusala. — *Congenitale fistulœ and cyst of the neck*, Duodecim Helsenki, 1915, XXXI, 305-318.

Veau. — *L'epithelioma branchial du cou*, Thèse, Paris, 1900-01.

Vialleton. — *Sur le rôle topographique des arcs branchiaux dans la formation du cou*, *Montpellier Médical*, 1907. *Sur les arcs viscéraux et leur rôle topographique chez les vertébrés*, *Arch. d'Anat. microsc.*, t. X, 1908, p. I.

Sulicka. — Thèse, Paris, 1893-1894.

Caldwell. — *Congenital tumor of the neck, Lancet clinic-Vincin*, 1914. — *Congenit tumor of the neck, Tr. South. Surg. et Gynecol. Ass.*, 1913, Atlanta 1914, XXVI, t. 76-289.

Nathan et Stéphan. — Un kyste congenital du cou. Société anatomique, mai 1919.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Considérations générales..... 7
Chapitre II. — Evolution. — Anatommie pathologique..... 15
Chapitre III. — Pathogénie..... 26
Observations..... 39
Etude clinique..... 48
Conclusions..... 53
Bibliographie..... 55

Limoges, Imprimerie Commerciale PERRETTE

230

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE